

Barnmorskans möte med våldtäktsoffer

En pilotstudie

Författare:	Sofia Clemes Therese Karlsson
Program/Kurs:	Barnmorske- programmet Höstkursen 2007
Omfattning:	15 högskole- poäng
Handledare:	Lena Mårtensson
Examinator:	Tone Ahlborg

Sahlgrenska akademien

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa



Titel (svensk):	Barnmorskans möte med våldtäktsoffer En pilotstudie
Titel (engelsk):	The nurse-midwife´s meeting with rape victims A pilotstudy
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurskod:	Barnmorskeprogrammet 90hp/ Reproduktiv och perinatal hälsa Examensarbete II, OM1660
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	31
Författare:	Sofia Clemes och Therese Karlsson
Handledare:	Lena Mårtensson
Examinator:	Tone Ahlborg

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet våldtäkter har de senaste åren ökat markant. Var barnmorskan än arbetar så kan hon komma i kontakt med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt. Ett sådant möte kan väcka mycket tankar och känslor både hos den drabbade kvinnan och hos barnmorskan. Tre teoretiska begrepp beskrivs i bakgrunden: mötet, empowerment samt barnmorskans stödjande funktion. Få studier har hittats som belyser barnmorskans upplevelser av mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt. De studier som har gjorts behandlar sjuksköterskans omhändertagande och den medicinska behandlingen.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva barnmorskans upplevelser av känslor och strategier i mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt.

Metod: Den kvalitativa metoden som användes var intervjuer med två barnmorskor. Intervjuerna granskades utifrån en innehållsanalys.

Resultat och diskussion: I resultatet framkom att informanterna använder sig av olika strategier i mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt samt att mötet väcker mycket känslor hos informanterna. Strategierna som framkom var: bemöta individuellt, informera, skapa ett bra möte, vara medveten, använda kroppsspråk, använda sin erfarenhet och pyssla om. Känslorna som framkom var: trygghet, moderskänslor, otillräcklighet, frustration, brist på utbildning och svårighet att informera. Informanterna uttryckte vikten av att bemöta kvinnornas behov individuellt, anpassa informationen och på så sätt skapa ett bra möte. Det framkom även att det var viktigt att vara medveten om sitt kroppsspråk och använda sin erfarenhet i mötet.

Konklusion: Forskning inom området behövs för att kunna utveckla bland annat Barnmorskeprogrammet så att barnmorskor skall kunna känna sig säkrare och mer tillfredsställda i sitt bemötande av kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt.

Nyckelord: Barnmorska, kvinnor, våldtäkt, möte, upplevelse

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Definition av våldtäkt	1
Lagen	2
Statistik	2
Mötet	3
Empowerment	4
Barnmorskans stödjande funktion	5
Handlingsplan/Riktlinjer	7
Komplikationer av våldtäkt	8
Våldtäktsoffrens upplevelser av mötet med sjukvården	8
Problemformulering	10
Syfte	10
Metod	10
Kvalitativ metod	10
Kvalitativ intervju	11
Urval	12
Datainsamlingsmetod	12
Databearbetning och analys	13
Innehållsanalysens innebörd	13
Analys av studiens intervjuer	14
Etiska överväganden	14
Resultat	16
Barnmorskans strategier i mötet med den våldtagna kvinnan	16
Bemöta individuellt	16
Informera	16
Skapa ett bra möte	17
Vara medveten	17
Använda kroppsspråk	18
Använda sin erfarenhet	18
Pyssla om	18
Barnmorskans känslor i mötet med den våldtagna kvinnan	18
Trygghet	18
Otillräcklighet	19
Frustration	20
Brist på utbildning	20
Svårighet att förmedla information	21
Moderskänslor	21
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Konklusion	27
Referenser	28
Bilagor	
Bilaga 1 – Forskningspersoninformation	
Bilaga 2 – Intervjuguide	
Bilaga 3 – Innehållsanalys	

Inledning

Antalet kvinnor som har utsatts för våldtäkt har ökat markant under de senaste åren. Vem som helst kan bli utsatt för våldtäkt och vem som helst kan komma att möta en människa som har blivit utsatt för denna form av övergrepp. Inom vilket område barnmorskan än arbetar så finns risken att komma i kontakt med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt. Barnmorskans bemötande är då av allra största vikt för att kvinnan skall känna sig trygg och väl omhändertagen. Vid mötet med en utsatt kvinna tror författarna att det kan vara en stor utmaning för barnmorskan att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt då en våldtäkt framkallar mycket känslor. Eftersom inga studier har hittats som belyser barnmorskans upplevelse av mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt, så blev vi intresserade av att fördjupa vår kunskap inom detta område.

Bakgrund

Definition av våldtäkt

Sexuella övergrepp innefattar allt från sexuellt ofredande till våldtäkt. Våldtäkt är det brott av sexuell karaktär som det främst talas om och skrivs om i media och forskning samt beskrivs i statistik. Våldtäkt innebär att gärningsmannen genom misshandel, annat våld eller genom hot tvingar en person till samlag eller att utföra annan sexuell handling som kan jämföras med samlag. Det räcker med att den sexuella handlingen är framtvingad av gärningsmannen för att personen skall kunna dömas för våldtäkt. Om samlag eller annan sexuell handling som är jämförlig med samlag utförs då offret befinner sig i ett hjälplöst tillstånd så som vid sömn, medvetslöshet, berusning eller annan drogpåverkan, vid sjukdom, kroppsskada eller psykisk störning definieras handlingen som våldtäkt (1). Enligt brottsbalken är våldtäkt det allvarligaste sexualbrottet (2).

Om fler än en person förgripit sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om övergreppet anses vara särskilt farligt så kan gärningsmannen/gärningsmännen dömas för grov våldtäkt. Detsamma gäller om offret har utsatts för grov hänsynslöshet eller råhet. Den allmänna synen på sexualitet och sexualbrott har medfört att lagstiftningen om våldtäkt successivt har förändrats (2). Före 1965 ansågs det till exempel att våldtäkt inte kunde förekomma inom ett äktenskap. Ett annat exempel är att brottsbeskrivningen gjordes könsneutral år 1984 (1).

Lagen

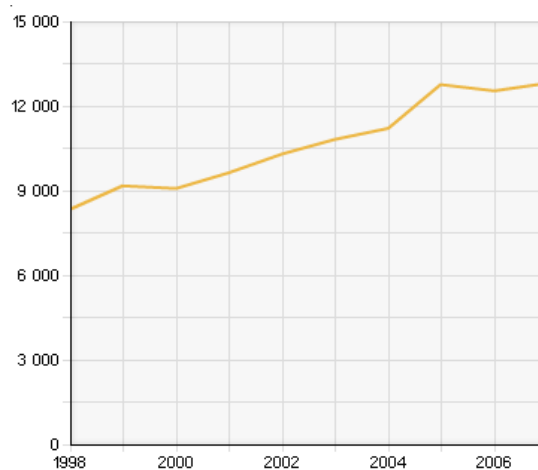
Brottsbalken. 6 kap. Om sexualbrott:

1 § Den som genom misshandel eller annars med våld eller genom hot om brottslig gärning tvingar en person till samlag eller till att företa eller tåla en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens art och omständigheterna i övrigt är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt till fängelse i lägst två och högst sex år. Detsamma gäller den som med en person genomför ett samlag eller en sexuell handling som är jämförlig med samlag genom att otillbörligt utnyttja att personen på grund av medvetlöshet, sömn, berusning eller annan drogpåverkan, sjukdom, kroppsskada eller psykisk störning eller annars med hänsyn till omständigheterna befinner sig i ett hjälplöst tillstånd (2).

Är ett brott som avses med hänsyn till omständigheterna vid brottet att anse som mindre grovt, döms för våldtäkt till fängelse i högst fyra år. Är brott som avses som grovt, döms för grov våldtäkt till fängelse i lägst fyra och högst tio år. Vid bedömning av om brottet är grovt skall särskilt beaktas, om våldet eller hotet varit av särskilt allvarlig art eller om fler än en förgräpat sig på offret eller på annat sätt deltagit i övergreppet eller om gärningsmannen med hänsyn till tillvägagångssättet eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet. Lag (2005:90) (2).

Statistik

Sexualbrott innebär bland annat sexuellt ofredande, sexuellt tvång och våldtäkt. År 2007 anmäldes nära 12 600 sexualbrott. Närmare hälften av dessa anmälningar utgjordes av sexuellt ofredande. Av de anmälda sexualbrotten utgjorde våldtäkt 38 procent av fallen. Antalet anmälda sexualbrott har under de senaste tio åren ökat med 51 procent, se figur 1 (3).



Figur 1: Antalet anmälda sexualbrott de senaste tio åren (3).

Ökningen antas bero på en kombination av att anmälningsbenägenheten och den faktiska brottsligheten har ökat men också på den nya sexualbrottslagen som trädde i kraft 1 april, 2005. Den nya lagen innebär bland annat att våldtäktsbegreppet vidgats till att omfatta handlingar som tidigare benämnts som sexuellt utnyttjande i juridisk mening. Det finns dock ett stort mörkertal, det vill säga sexualbrott som inte polisanmäls och därför inte finns med i den allmänna statistiken (3).

Brottet kan vara svårt att utreda på grund av att gärningsmannen är helt okänd för offret eller för att offret är i ett beroendeförhållande till gärningsmannen, vilket leder till att hon i många fall vill ta tillbaka sin anmälan senare (1). Majoriteten av dem som misstänks för sexualbrott är män. År 2007 var endast två procent av gärningsmännen kvinnor. En majoritet av offren utgörs av kvinnor. Offren är under 15 år i 30 procent av anmälningsfallen (3).

Av de anmälda sexualbrotten uppklarades 17 procent och av våldtäkterna uppklarades 14 procent med så kallad personuppkläring. Det innebär att åklagaren efter utredning har en skälig misstänkt person och att åklagaren har beslutat om åtal, strafföreläggande (böter och/eller villkorlig dom) eller åtalsunderlåtelse. Det sistnämnda kan till exempel användas om personen är under 18 år eller om brottet är bagatellartat (3).

År 2007 anklagades ungefär 1 000 personer för sexualbrott som huvudbrott. Av dessa dömdes cirka 40 procent till fängelse. Fängelsetiden var i genomsnitt två år och fyra månader för våldtäkt och fem år och tio månader för grov våldtäkt (3).

Mötet

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska skall barnmorskan ha ett professionellt förhållningssätt i mötet med patienten. Detta innebär att hon skall ha en förmåga och vilja att använda sig av sina kunskaper och färdigheter i mötet med den våldtagna kvinnan. Barnmorskan skall ha en helhetssyn i mötet med patienten, visa respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Barnmorskan skall ta hänsyn till kvinnans önskemål och respektera hennes värderingar i den utlämnande situationen så att hon känner trygghet. Omhändertagande skall i största mån utformas och genomföras i samråd med kvinnan (4).

Friberg (2001) behandlar det pedagogiska mötet i sin avhandling. Hon beskriver bland annat vad sjuksköterskan observerar hos patienten i mötet med denne. Det framkom i avhandlingen att sjuksköterskan noterade ord och tal, rörelser, ansiktsuttryck samt helhetsintrycket av patienten för att ta reda på vad patienten ville veta och för att få en uppfattning huruvida patienten hade förstått det som blivit sagt. På samma sätt framkom det att patienten granskade och tolkade sjuksköterskan; hur hon rörde sig och hur hon talade för att utröna om hon var öppen för frågor eller var distanstagande. Friberg beskriver vidare att det finns två olika typer av möten. Det ena mötet är tydligare rutinriktat och blir en mer formell undervisning medan det andra är mer inriktat på erfarenhet och formas under mötets gång. Friberg visade att patienter upplevde antingen hotad eller bekräftad värdighet i olika möten med sjukvården och menar att detta beror på tidigare erfarenheter av möten. Positiva upplevelser av möten kunde vara att patienten hade fått sina behov av vetskap och förståelse tillgodosedda vilket ledde till en upplevelse av värdighet. Värdigheten i sin tur var beroende av känslan av delaktighet, kunnighet, trygghet och känslan av att vara förberedd. För att uppleva delaktighet behövde patienten känna sig bekräftad som person. Delaktighet var aldrig ensidig utan beroende av att den andre tog del av det som skedde och delade med sig av sig själv (5).

I Major och Holmes (2008) studie framgick det att det förekommer skillnader i hur patienterna förhåller sig till information samt hur de svarar och ger feedback till vårdaren. Författarna såg också att interaktionen mellan vårdare och patient inte var ensidig och enkel utan mer komplex. Det räckte inte alltid med att bara berätta vad som skulle hända under en behandling eller undersökning. Det fanns fler komponenter som spelade in, såsom att tillfredsställa patientens behov av tilltro samt att förutse ytterligare information som patienten kunde behöva för att känna sig bekväm. Att etablera kontakt och uttrycka empati var väldigt viktigt i mötet med patienten då sjuksköterskan skulle förbereda patienten för undersökning (6).

Empowerment

Empowerment är ett begrepp som idag används i många olika sammanhang. Någon korrekt svensk översättning av ordet saknas. Det finns inte heller endast en definition av empowerment, vilket gör förklaringen desto mer komplex. Forsberg och Starrin (1997) avgränsar begreppet empowerment till att innefatta aktiviteter som ökar människans kontroll över sitt liv. Begreppet förklaras dels som ett sätt att tänka om sig själv till exempel att man känner

sig betydelsefull och tror på sig själv och andra, dels insikt i att samhället kan förändras. På så vis kan empowerment beskrivas både som en process och ett mål. Centrala delar för att uppnå empowerment är enligt författarna makt, kontroll, självtillit och stolthet (7). Ordet makt kan innebära både auktoritet och våld medan begreppet empowerment även innefattar kraft, styrka och förmåga att utföra en handling (8). Verktuget för att få kontroll över sin situation är kunskap, vilket är grunden till empowerment. Det har visat sig finnas ett positivt samband mellan kunskap och livskvalitet. Ju mer information patienten fick under sitt möte med sjukvårdspersonalen desto bättre upplevdes livskvaliteten och känslan av kontroll (9).

Barnmorskan bör arbeta för att få kvinnan att uppleva empowerment, att hon har friheten att välja samt att vara involverad i vården. För att kunna göra detta måste barnmorskan ge information, involvera kvinnan i beslutstagande och uppmuntra henne till samarbete med andra personalkategorier. I mötet bör barnmorskan behandla kvinnan som en individ med fri vilja, de interagerande måste ha en gemensam förståelse och ömsesidig medvetenhet om varandra (10). I en studie där man försökte identifiera vårdprocessen som ägde rum mellan barnmorska och patient under postpartumperioden framkom det att empowerment definierades som en process där det innebar att ge och få kraft, styrka och ökad självkänsla (11). Strand (1998) menar att det bara är patienten själv som kan bestämma över sin egen vilja men att sjuksköterskan kan stötta patienten att ta fram eller upprätthålla viljan. Viljan är starkt knuten till det som ger mening för patienten. Detta skapar i sin tur hopp för att kunna bearbeta och förstå den egna situationen. När patienten hade tappat hoppet var sjuksköterskan den som trodde på patienten och höll fast vid hoppet. På så vis upprätthölls hoppet och viljan som bidrog till känslan av kontroll (12).

Barnmorskans stödjande funktion

Kiessling och Kjellgren (2004) studerade patienters erfarenhet av delaktighet i vården och kom fram till tre viktiga teman. Dessa var: behov av samtal, behov av kontinuitet i kontakten med vårdpersonalen och behov av kontroll. Personalen kunde visa att den brydde sig om patienterna genom samtal och framförallt genom aktivt lyssnande. När patienterna visste att personalen lyssnade till vad de hade att säga så upplevde de delaktighet. Om patienten upplevde att personalen inte hade tid så var detta ett hinder för samtal och upplevd delaktighet. Kontinuitet i kontakten med vårdpersonalen bidrog till en djupare vårdrelation, medan flera olika vårdgivare runt patienten istället skapade osäkerhet och otrygghet.

Patienterna uppskattade att bli uppdaterade kring planeringen av vården, vilket var viktigt för kontrollen. Patienterna uttryckte en önskan av att vara mentalt förberedda inför olika provtagningar och undersökningar. De ville också känna att de hade kontroll över när de olika undersökningarna skulle äga rum (13).

Thompson et al (1989) undersökte interaktionen mellan barnmorska och patient. Det visade sig att barnmorskan använde sig av samma strategier i kontakten med alla kvinnor, oavsett om kvinnan var gravid eller inte. I vårdprocessen identifierades sju begrepp vilka barnmorskorna skulle arbeta efter. Dessa begrepp var: att ge en säker och tillfredsställande vård, att respektera kvinnans värdighet, att respektera kulturell och etnisk mångfald, att främja självbestämmande, att vara familjeorienterad och att främja hälsa. Att främja självbestämmande ansågs vara ett sätt att respektera kvinnans värdighet. Med säker vård menade författarna att barnmorskan skulle skydda kvinnan från skada, vilket medförde att psykologiska, biologiska och beteendemässiga riskfaktorer eliminerades. Att ge en tillfredsställande vård innebar att vården skulle motsvara kvinnans eller familjens förväntningar. Att respektera kvinnans värdighet och främja självbestämmande innebar att visa aktning för kvinnan och att acceptera och främja hennes rättigheter och skyldigheter. Barnmorskan skulle respektera att kvinnan kunde ha olika seder och vanor som påverkade hennes hälsa och beteende. Hon skulle även visa förståelse för att kvinnans anhöriga spelade en betydelsefull roll. Barnmorskan skulle uppmuntra beteenden som bidrog till hälsa (14).

I en studie som undersökte vilka faktorer som kunde bidra till post-traumatiskt stressyndrom hos kvinnor som hade blivit utsatta för våldtäkt framkom det att graden av stöd hade en viktig roll i kvinnans återhämtning och tillfrisknande. Andra betydelsefulla faktorer så som självuppfattning, personlig styrka och professionell behandling från sjukvårdspersonal och rättsväsende spelade också in (15).

Lewis et al (2003) utvärderade ett handlingsprogram för omhändertagandet av kvinnor som hade blivit utsatta för våldtäkt. Det framkom att 6 av 19 sjuksköterskor noterade ett stort behov av stöd hos patienterna. Fem av informanterna ansåg att personal som var särskilt utbildad i att omhänderta våldtäktsoffer skulle förbättra vården (16). Men som framkommer i Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska kan barnmorskan ta hjälp av kollegors kunskaper och erfarenheter i mötet med patienten. Det viktiga är att arbetet präglas av ett etiskt förhållningssätt och att personalen följer gällande lagar, riktlinjer och rutiner (4).

Handlingsplan/Riktlinjer

Ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp finns utformat. I detta står klart vilka rutiner som gäller vid vård och omhändertagande av sexualbrottsoffer. Handboken innefattar allt från att ställa frågor om utsatthet för sexuella övergrepp till rättssäkra och enhetliga rutiner för dokumentation och provtagning. Förutom den sjukvård som ges fungerar hälso- och sjukvården även som rättväsendets förlängda arm. All information som framkommer genom provtagning och undersökning kan bli stöd för bevis vid eventuell rättsprocess. Hanteringen är endast beskriven för män och kvinnor över 18 år. Vid sexuella övergrepp mot omyndiga personer är handläggningen annorlunda och är därför uteslutet från handboken. I handboken förklaras att det inte är sjukvårdspersonalens uppgift att definiera vilken form av brott patienten utsatts för. Det viktiga är istället att anpassa omhändertagandet och bemötandet av patienten utifrån hennes behov och uppmärksamma att patienten har blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp (17).

I en studie av Plichta et al (2006) i vilken 82 akutmottagningar i Virginia, USA deltog, hade 86 procent en handlingsplan i vårdandet av patienter som utsatts för någon form av sexuellt våld. Två tredjedelar av mottagningarna hade också en medarbetare med speciell utbildning i att möta offren. De flesta akutmottagningarna prioriterade inte utbildning för personalen i att ta hand om offren, trots att 80 procent av dem tyckte att det var mycket viktigt. Endast 53 procent av akutmottagningarna hade en utbildningsplan för sin personal och mindre än hälften hade erbjudit utbildning för sina nyanställda. Akutmottagningarna kunde generellt sätt erbjuda den nödvändiga medicinska vården men var mindre kapabla till att erbjuda ”comfort care” såsom dusch och ombyte. En fjärdedel av mottagningarna hade ingen tillgång till en kurator i samband med besöket. Akutmottagningarna fick själva uppskatta hur bra de ansåg sig vara i mötet med offer som hade blivit utsatta för sexuellt våld. Majoriteten av mottagningarna ansåg sig vara bra eller mycket bra på den medicinska vården av offren medan de ansåg sig vara mindre bra på att utbilda personal och identifiera de utsatta patienterna. En minoritet av akutmottagningarna, 23 procent, hade inget samarbete med något kriscentrum för våldtagna (18).

I en retrospektiv undersökning som genomfördes i USA 2007 där vården av patienter som utsatts för sexuella övergrepp jämfördes med nationella riktlinjer, framgick det att majoriteten av våldtäktsoffer i USA 2003 inte fick tillräcklig vård på akutmottagningarna i enlighet med dessa riktlinjer (19).

I en annan undersökning rapporterades att barnmorskans omhändertagande av den utsatta kvinnan under hennes första möte med sjukvården var viktigt för att den fortsatta bearbetningen skulle bli så optimal som möjligt. Benägenheten att göra polisanmälan, komma på återbesök och att positivt bearbeta den kris som kan uppstå ökade om kvinnan kände sig trodd och blev väl bemött (20).

Komplikationer av våldtäkt

Sugar et al (2004) undersökte 819 patienter och fann att 52 procent hade generella kroppsskador men det var dock ovanligt att dessa skador krävde akut vård. Blåmärken och uppskrapad hud var det vanligaste och förekom hos nästan alla (21). Koss och Heslet (1992) rapporterade att kvinnor som hade blivit våldtagna oftare upplevde post-traumatisk stress, depression, hade självmordstankar samt drog- och alkoholproblem jämfört med kvinnor som inte hade blivit utsatta (22). En annan studie som intervjuade 50 kvinnor rapporterade att en tredjedel av kvinnorna någon gång efter våldtäkten uttryckte en önskan att dö. Flertalet av kvinnorna visade allvarliga symtom på posttraumatiskt stressyndrom samt depression (23).

Våldtäktsoffrens upplevelser av mötet med sjukvården

Ericksen et al (2002) intervjuade åtta kvinnor som utsatts för våldtäkt. Författarna till studien är verksamma i Kanada, varpå det kan antas att undersökningen också är utförd där. Intervjuerna ägde rum två månader efter övergreppet. I resultatet framkom nio teman som beskrev hur offren upplevde bemötandet på akutmottagningen. De olika teman som framgick var: att bli respekterad som en hel människa, att känna närvaro, att känna sig trygg, att få fysisk kontakt, att ha kontroll, att bli lugnad, att känna förtroende för personalen, att få information samt att få stöd efteråt. Offren upplevde att personalen behandlade dem med värdighet och respekt. De uttryckte vikten av att sjuksköterskan ställde frågor om basala behov som till exempel om de var hungriga eller frös. Att få de konkreta behoven tillfredsställda bidrog till att de kände att personalen brydde sig om dem. En kvinna uttryckte även uppskattning över att personalen vände sig till närstående med information om känslor och reaktioner som kunde uppstå. Det visade sig också att sjuksköterskan, vilken var den person som kvinnan träffade först, var den som hade störst betydelse för att patienten skulle känna sig omhändertagen på ett positivt sätt. Beteende som ansågs vara av särskild betydelse var att sjuksköterskan skapade ögonkontakt, satt på en stol mitt emot, gav tid, lyssnade aktivt

och pratade lugnande. Deltagarna i studien kände sig trygga när de blev omhändertagna efter våldtäkten. Dels berodde tryggheten på att de hade människor runt sig men dels också på grund av att vårdarna var kvinnor. Ett oväntat tema som framkom var att kvinnorna uppskattade fysisk kontakt av personalen till exempel att sjuksköterskan höll patientens hand under undersökningen. Kvinnorna beskrev att de tyckte att det var viktigt att de hade valmöjligheter, att de kunde välja om de ville medverka i olika undersökningar eller inte och att de inte kände sig tvingade. Information om vad som skulle hända under undersökningens gång var också av vikt samt att personalen inväntade kvinnan om hon inte kände sig redo. Ett annat viktigt tema som framkom var att kvinnorna kände sig uppmuntrade och trodda. Personalen bekräftade patientens berättelse av vad som hade hänt. Detta medförde att kvinnorna kände förtroende och tillit till personalen. Några kvinnor upplevde all information som överväldigande men att få tid att ta till sig informationen, få upprepade information och tydliga förklaringar underlättade. Det var också uppskattat att få skriftlig information. I resultatet framkom även hur kvinnorna upplevde tiden efter besöket på akutmottagningen. Några kvinnor kände sig hjälpta av de uppföljande telefonsamtalen som utfördes av kuratorerna. Alla kvinnor svarade inte på dessa samtal men uttryckte ändå att det kändes tryggt att de visste att någon trots allt brydde sig om dem. Sex av kvinnorna hade anmält våldtäkten till polisen och upplevde missnöje med polisens bemötande och kände sig inte trodda. En kvinna uttryckte förståelse för varför så många kvinnor inte anmäler (24).

Resultatet kan liknas med en studie av Campbell et al (2008) där sjuksköterskor tillfrågades om sina strategier för att underlätta för offret under undersökningen. Det framkom att sjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att förklara undersökningens tillvägagångssätt, att vara ödmjuka gentemot kvinnan, att avbryta undersökningen om kvinnan önskade detta, att erbjuda valmöjligheter och att ha ett lugnt och försiktigt omhändertagande för att bidra till trygghet (25).

Problemformulering

Inga studier har hittats som belyser barnmorskans känslor och upplevelser av mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt. De studier som har hittats utgår främst från sjuksköterskans perspektiv av sitt omhändertagande, såsom den medicinska behandlingen av kvinnorna. Eftersom antalet våldtäkter har ökat kraftigt så anser författarna att det är av stor betydelse att barnmorskans upplevelser och känslor studeras, för att barnmorskan skall kunna känna sig förberedd inför mötet och vara medveten om sitt bemötande av kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva barnmorskans upplevelser av sina känslor och strategier i mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt.

Metod

Kvalitativ metod

En kvalitativ metod valdes eftersom författarna avsåg att studera barnmorskans erfarenheter och upplevelser av mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt. Syftet var att utgå från subjektets perspektiv, i detta fall barnmorskans perspektiv, för att få en djupare kunskap och förståelse i ämnet.

Ordet kvalitativ betyder beskaffenhet, egenskap eller sort. Kvalitativ metod handlar om hur något skall karaktäriseras (26). Målsättningen med kvalitativ analys är att identifiera och bestämma egenskaper och innebörder med hänsyn till variationer, strukturer och processer. Allt som uppfattas och erfars är i grunden kvalitativt (27). Beskrivningen av en kvalitativ metod är komplex och fordrar stort engagemang, kreativitet och kräver mycket arbete (28). Syftet med kvalitativ metod är att skaffa en djupare kunskap och förståelse än den kunskap som ofta erhålls vid kvantitativ metod (29).

Enligt Polit & Beck (2006) är dataanalys av kvalitativ metod extra utmanande eftersom det inte finns några allmänna regler för analysering och summering. Det finns inte heller någon given mall för hur data skall presenteras, vilket gör det svårt att framföra data på ett sätt som

bevarar dess trovärdighet (28). Trots att vissa kvalitativa metoder understryker betydelsen av kategorisering, har kvalitativa metoder en mångtydig och öppen inriktning gemensamt. En kvalitativ metod innebär att man utgår från det studerade subjektets perspektiv, till skillnad från kvantitativ metod som i mycket större utsträckning utgår från forskarens förslag om vilka kategorier som skall fokuseras på (30). Kvalitativ forskning innebär att studera saker i sin naturliga omgivning och därefter försöka förstå eller tolka dessa utifrån den innebörd som människor ger dem. Inom den kvalitativa forskningen kan undersökaren bland annat ta hjälp av fältanteckningar, intervjuer, konversationer, fotografier, inspelningar och minnesanteckningar för att tolka och göra världen synlig (31).

Kvalitativ intervju

Kvalitativ intervju är en metod som används för att upptäcka och förstå egenskaper eller innebörder hos någonting (26). Kvalitativ forskningsintervju har till syfte att fånga den intervjuades kvalitativa beskrivning av sin tillvaro och sedan tolka beskrivningen (32). Syftet med datainsamlingen är att få giltig information från de intervjuade och svaren förväntas vara uppriktiga (26).

En intervju är en form av samtal där syftet är att samla information. Den som intervjuar leder dialogen och påverkar resultatet genom sitt samspel med personen som intervjuas. Den kvalitativa intervjun är icke standardiserad. Detta innebär att intervjuaren inte kan veta vilka frågor som kommer att bli väsentliga, utan måste under intervjuens gång anpassa frågorna så de ger svar på studiens syfte. En kvalitativ intervju är på så sätt oförutsägbart och kan innebära många överraskningar. Majoriteten av kvalitativa studier fordrar någon typ av intervjuguide (26).

Enligt Kvale (1997) omfattar intervjuguiden de frågor som studiens syfte önskar svara på, samt i vilken ordning frågorna ämnas ställas under intervjuens gång. Guiden skall vara överskådlig och i stora drag ange vilka frågor som ska ställas. Den kan också vara mer utförligt beskriven. Det är upp till den som genomför intervjun, hur noggrant guiden följs. Vid en halvstrukturerad intervju består guiden av en översikt över de ämnen som ska täckas och förslag till frågor (32).

Kvale (1997) delar in intervjun i sju steg som kan underlätta för intervjuaren under forskningsprocessen. Dessa sju steg är: 1) Tematisering, vilket betyder att studiens syfte och innebörd beskrivs innan intervjun äger rum; 2) Planering som innebär att förbereda och organisera de sju stegen; 3) Intervju, intervjuerna genomförs utifrån en intervjuguide; 4) Utskrift, intervjuerna överförs i skrift; 6) Verifiering, generaliserbarhet, reliabilitet och validitet fastställs (om resultatet svarar an på syftet); 7) Rapportering betyder att omsätta resultatet till en läsbar produkt utifrån vetenskapliga kriterier och etiska aspekter (32).

För att intervjutekniken ska vara så optimal som möjligt så bör den bestå av öppna frågor. Orsaken är att spontan information eftersträvas. Öppenheten betyder dock inte att den intervjuade får prata i timmar om vad som helst. Det är den som intervjuar som styr intervjun utifrån studiens syfte (26). Intervjuaren bör ställa raka, korta och enkla frågor samt undvika indirekta frågor. Det är viktigt att inte "skrämmas" av tystnad under intervjuns gång eftersom den intervjuade kan behöva tid att tänka igenom frågan (26,33).

Urval

Vårdenhetschefen på Gynekologiska akutmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset kontaktades och frågade i sin tur barnmorskor som uppfyllde kriterierna om medverkan i pilotstudien. Kriterierna för att ingå i studien var att informanterna skulle vara kvinnliga barnmorskor och arbeta på Gynekologiska akutmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Barnmorskorna skulle ha arbetat på akutmottagningen i minst två år för att känna till rutiner och tillvägagångssätt. De skulle också vara svensktalande för att undvika eventuella språksvårigheter och missförstånd. Två barnmorskor som arbetade dagtid valdes ut på frivillig basis. Barnmorskorna kontaktades via telefon och ett besök på deras arbetsplats gjordes för att avtala tid för intervjun. De två informanterna hade båda arbetat som barnmorskor över tre år. Information om studien lämnades till vårdenhetschefen samt till informanterna (se bilaga 1).

Datainsamlingsmetod

Metoden för datainsamling var intervjuer. Dessa genomfördes i ett avskilt rum på informanternas arbetsplats under arbetstid. En halvstrukturerad intervju användes. Detta innebär att intervjuaren har vissa förslag på relevanta frågor men dessa kan ändra form och ordningsföljd under intervjun. Även uppföljningsfrågor kan ställas under intervjuns gång för

att följa upp svar och berättelser från den intervjuade (32). Intervjuguiden innefattade ursprungligen nio frågor. Dessa granskades noggrant och ledande frågor plockades bort. De kvarvarande frågorna i intervjuguiden återfinns som bilaga (se bilaga 2). Informanterna blev intervjuade var för sig av båda uppsatsförfattarna och intervjuerna spelades in på band. Uppsatsförfattarna ställde varannan fråga utifrån intervjuguiden och uppföljande frågor ställdes fritt under intervjuens gång.

Databearbetning och analys

De bandade intervjuerna transkriberades ordagrant, dock utelämnades pauser och ljud så som ”suckande”. Bilaga 3 visar analysprocessens tillvägagångssätt utifrån en kvalitativ innehållsanalys (34) som beskrivs nedan.

Innehållsanalysens innebörd

Innehållsanalys innebär att text som har skapats utifrån tal, vilket i studiens fall innebär intervjuvar, tolkas utifrån tolkarens syn på innehållet. Analysen innebär dels tolkning av det manifesta innehållet i texten, det vill säga det synliga, konkreta respektive det latent innehåll. Med det latent menas det abstrakta, skylda i texten såsom till exempel känslor och kroppsspråk (34).

Graneheim och Lundman redogör för centrala begrepp som används för att beskriva analysprocessen vid kvalitativ innehållsanalys, dessa är analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema. Analysenheten är i detta fall intervjutexten. En domän är en del av texten som utgör ett specifikt område och ger en grov struktur av innehållet med endast låg grad av tolkning. Domänerna sammanfaller med frågorna i intervjuguiden. Meningsenheten är den meningsbärande delen av texten, som utgörs av ord, meningar och stycken. Meningsenheterna utgör basen för analys på grund av sitt gemensamma innehåll. Det är viktigt att använda lagom stora meningsenheter. För stora enheter kan leda till att delar av textinnehållet går förlorat, medan för små enheter kan leda till att resultatet blir för sönderdelat. Meningsenheterna kondenseras och abstraheras. Kondensering innebär att texten görs kortare och på så vis mer lätthanterlig. Det är viktigt att det centrala innehållet inte går förlorat. Genom abstrahering lyfts innehållet till en högre logisk nivå. En kod fungerar som en rubrik på en meningsenhet och beskriver på så vis dess innehåll. Utifrån koderna skapas sedan underkategorier som tillsammans skapar en kategori.

En kategori utgörs av flera koder med liknande innehåll. Tema utgör ”den röda tråden” som återkommer i alla kategorier. Ett tema svarar på frågan ”hur” och kan avspegla det skylda innehållet i mer än en kategori (35).

Analys av studiens intervjuer

Analysen började med att författarna läste igenom och var för sig granskade den nedskrivna texten för att få en översikt över textmassan. Intervjutexten lästes igenom flertalet gånger och författarna markerade sedan gemensamt meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte i texten. De meningsbärande enheterna fördes sedan in i tabeller för att underlätta den fortsatta analysprocessen (se bilaga 3). Därefter kondenserades och abstraherades de meningsbärande enheterna. Efter att texten kondenserats så bildades koder som i sin tur samlades i underkategorier. Dessa underkategorier omformades flera gånger under analysprocessens gång och vissa koder uteslöts. Textmassan lästes igenom på nytt för att utesluta att någon meningsbärande enhet hade gått förlorad. Domänerna i denna studie sammanfaller med frågorna i intervjuguiden och motsvarar på så sätt barnmorskans känslor och strategier. I denna pilotstudie framkom inget tema utan innehållsanalysen stannade vid underkategorier.

Etiska överväganden

De etiska principerna för reproduktiv och perinatal hälsa utgår från Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden och innefattar principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa (36). I Belmontrapporten 1979 framkom tre etiska principer som kan användas som underlag för forskning på människor. Dessa tre principer var: att visa respekt för människor, att göra gott samt att vara rättvis. Forskningen innebär i detta avseende att den skall vara till nytta för den eller de grupper som ingår. För att kunna uppnå principerna krävs informerat samtycke, vilket innebär att ge information, att den informerade har förstått informationen samt att deltagaren är medveten om att deltagandet i studien är frivilligt. Det skall också göras en avvägning mellan risker och nytta. Valet av forskningsobjektet skall dels göras utifrån den sociala nivån, dels utifrån den individuella nivån. På den sociala nivån väljs i första hand forskningsobjekt som inte tillhör utsatta grupper. Den individuella nivån innebär att forskaren inte skall använda forskning som kan vara fördelaktig för personer som forskaren tycker om. Personer som forskaren inte tycker om får heller inte användas till riskfylld forskning. Belmontrapportens principer har

senare vidareutvecklats till att omfatta de fyra principerna: autonomiprincipen, göra-gott-principen, icke-skada-principen samt rättvisepprincipen (37).

Enligt Helsingforsdeklarationen skall deltagandet i ett forskningsprojekt vara frivilligt, och deltagaren skall vara informerad om studiens syfte samt dess fördelar och eventuella risker. Forskningspersonen skall informeras om sin rätt att avstå från sitt deltagande i studien samt om möjligheten att när som helst avbryta deltagandet. Forskaren skall värna om och respektera deltagarens integritet samt behandla all information konfidentiellt. Risker för skada hos forskningspersonen skall minimeras och undersökningen skall avbrytas om riskerna visar sig vara större än fördelarna. Efter att ha erhållit och förstått informationen skall deltagaren lämna ett skriftligt samtycke till studien (38). Informanterna i denna studie informerades om innebörden av studien samt att deltagandet var frivilligt och att de när som helst under studiens gång hade rätt att avbryta utan att behöva ange något skäl. Informanterna lämnade både skriftligt och muntligt samtycke efter given information. Deras identitet behandlades anonymt och uppgifterna som framkom under intervjun avidentifierades.

Studien ansågs inte medföra några risker vare sig för informanterna själva eller för deras omgivning. En negativ aspekt av att båda författarna närvarade under intervjun skulle dock kunna vara att informanten kände sig i underläge och uppfattade intervjun som ett förhör. Informanten kunde känna sig tvungen att svara på alla frågor, vilket också skall hållas i åtanke.

Studien är relevant då den syftar till att få en ökad förståelse för barnmorskans upplevelse av mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt och därmed öka kunskapen om ett ofullständigt utforskat område.

Resultat

Innehållsanalysen av de två intervjuade barnmorskorna resulterade i underkategorier inom de två domänerna/frågeområdena: barnmorskans strategier samt barnmorskans känslor. Underkategorierna som framkom ur respektive domän redovisas i tabellen nedan.

Barnmorskans strategier	Barnmorskans känslor
Bemöta individuellt	Trygghet
Informera	Otillräcklighet
Skapa ett bra möte	Frustration
Vara medveten	Brist på utbildning
Använda kroppsspråk	Svårighet att förmedla information
Använda sin erfarenhet	Moderskänslor
Pyssla om	

Barnmorskans strategier i mötet med den våldtagna kvinnan

Bemöta individuellt

Informanterna uttryckte i intervjuerna att de inte har några fasta handlingsstrategier i mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt. Vidare förklarades att informanterna känner av situationen, hur kvinnan mår och bemöter kvinnan utifrån dessa aspekter. En av informanterna berättar att hennes omhändertagande varierar beroende på vilken kvinna hon har framför sig och menar att det ibland är uppenbart att det inte är läge att prata och ställa för många frågor, medan andra kvinnor kan vara som en öppen bok och berättar allting.

Jag går på känn, och känner av kvinnan, hur mycket hon vill prata och hur mycket stöd och ja eller vad hon behöver just i den här situationen. En del behöver ju ingenting, de har med sig någon och det räcker och en del får man ju sitta och verkligen klappa om hela tiden.

Informera

Under intervjuerna framkom att informanterna inte pratar så mycket med kvinnorna under det första mötet utan fokuserar på att ta knapphändiga uppgifter och förbereda inför läkarbesöket.

Jag tror inte att det är de här många orden, jag tror inte att det är det de behöver utan de vill veta lite grann vad som ska hända och känna att de får ett bra bemötande.

Informanterna förklarar vidare att det är viktigt att i den första kontakten med kvinnan känna av henne och undvika att samtalet blir som ett förhör. De menar också att kvinnan inte alltid är mottaglig för alltför mycket information.

Skapa ett bra möte

Det framkom att informanterna tycker att det är viktigt att kvinnorna känner sig välkomna och att de får ett bra bemötande. De förklarade att de försöker säga så bra saker som möjligt för att lugna kvinnorna. Målet är att ta hand om kvinnorna så snart det går så att de slipper vänta alltför länge innan de får träffa en barnmorska.

De ska känna att de får ett bra bemötande och inte känna att: varför kommer du?

Vara medveten

En informant beskrev att hon försöker koppla bort sina känslor för att undvika att de får övertag i omhändertagandet av kvinnan. Trots att hon försöker koppla bort sina känslor och vara neutral i mötet med kvinnan så är hon samtidigt väldigt mån om att visa att hon står på kvinnans sida.

Jag är nog ganska nollställd tror jag, jag försöker att ta uppgifter och försöker att koppla av lite. Checkar av henne... försöker vara lite vad säger man... neutral så /.../ samtidigt som jag visar att jag står på hennes sida.

I de situationer då informanten känner tvivel till kvinnans berättelse så anser hon att det är extra viktigt att inte låta tankar och känslor lysa igenom i mötet med den utsatta kvinnan samtidigt som hon är medveten om vad hon förmedlar med sitt kroppsspråk.

Jag försöker att vara väldigt väldigt medveten om att inte det ska märkas /.../ Då försöker jag ju plocka bort det med en gång.

Hon försöker också utgå från att kvinnan talar sanning för att lättare kunna fungera professionellt i sitt omhändertagande av kvinnan.

Jag inbillar mig inte att någon försätter sig i den situationen medvetet. Hon har säkert gjort så gott hon har kunnat... det är ju för att man inte får nedlåtande tankar... och tänka så här: hon har

gjort sitt bästa och det här händer och hon har inte kunnat göra bättre, hon har säkert tänkt, försökt att tänka rätt.

Använda kroppsspråk

Det framkom under intervjuerna att kroppsspråket är ett viktigt sätt att visa empati för kvinnan. Med kroppsspråket kan informanten också förmedla tillit och ge en känsla av att hon står på kvinnans sida.

Jag tror att jag visar ganska mycket med kroppsspråket, med blicken /.../ Det kan nog kanske vara tonläget på det man säger /.../ jag kan inte säga några speciella ord så... jag vet inte om det stämmer men jag tycker själv att det går fram.

Använda sin erfarenhet

Informanterna upplever att de är trygga i mötet med våldtagna kvinnor och berättade att de använder sig av sin erfarenhet i sitt bemötande av dessa kvinnor.

Vi får ju gå på vår egen erfarenhet och ålder och vad man har upplevt tidigare, det är lite mer på humanitär bas.

Pyssla om

I intervjuerna framkom att små saker såsom att hålla om kvinnan om hon är ledsen och se till att hon får lite att äta och dricka, kan för informanterna upplevas som betydelsefullt. Informanterna tycker också att det känns bra att ha den hjälpende rollen om det hjälper kvinnan i den utsatta situationen.

Jag tycker att det är viktigt med det här ompysslandet av den här gruppen.

Barnmorskans känslor i mötet med den våldtagna kvinnan

Trygghet

Det framkom att informanterna upplever mötet med en våldtagen kvinna som ganska lätt. De uttryckte att de känner sig lugna och trygga och att de upplever att det inte krävs så mycket av dem just i den första kontakten med kvinnan.

Jag anser inte att min roll just vid det mötet är så väldigt avancerad /.../ Jag känner mig ganska säker och trygg.

Otillräcklighet

Informanterna uttryckte att det svåra i mötet inte är själva kontakten med kvinnan, utan förklarade att svårigheten bygger mer på andra saker runt omkring. De beskrev en otillräcklighet på grund av att dessa kvinnor kommer till en akutmottagning där det finns så många andra patienter som kräver mer akut omhändertagande.

Man känner sig otillräcklig på grund av att de är här på akuten. Man har så många andra patienter som man ska ta hand om samtidigt och de kommer ju aldrig när det är lagom mycket annat

Informanternas mål, att kvinnorna inte skall få vänta så länge, upplevs som svårt att leva upp till. Detta medför en känsla av otillräcklighet. Orsaken förklarades ligga i bland annat resurs- och tidsbrist. De uttryckte att kvinnorna som har blivit utsatta för våldtäkt kräver ett mer tidskrävande omhändertagande än vad de känner att de kan ge dem.

Vi har för dåligt med resurser att ge den här gruppen och det känns inte bra.

Informanterna uttryckte vidare att kvinnorna för det mesta är ensamma på mottagningen, såvida de inte har någon anhörig med sig, vilket många kvinnor inte har. En av informanterna upplever tidsbristen som det största problemet.

Vi har ju inte den tiden att sitta och prata med dem och vara så himla psykologiska med dem, det har vi inte.

Detta speglar också den akuta bristen på kuratorskontakt, vilket tidigare har beskrivits. Den andre informanten däremot tror inte att kvinnan behöver så mycket tid just i det akuta skedet när hon kommer till mottagningen, utan mer i efterförloppet. Hon upplever inte att tidsbristen är det största problemet utan mer bristen på lokaler. Hon berättade om en kvinna som fick sitta i väntrummet när hon egentligen hade ett stort behov av att få sitta i ett ostört rum. Då kände informanten att hon inte hade något stöd från sin arbetsplats och uttryckte att hon i den situationen skämdes över de dåliga resurserna.

Informanterna uttryckte också i intervjuerna att de saknar stöd att tillgå i det akuta mötet med särskilt utsatta kvinnor, till exempel om kvinnan har varit utsatt för våldtäkt och misshandel under en längre tid.

Det känns ju väldigt tragiskt att de inte har fått hjälp tidigare. Då skulle man velat haft en kurator här på en gång och slussat de vidare men det tar ju oftast en till två dygn innan kuratorn kan prata med dem. Det är sorgligt tycker jag.

Informanten upplever en känsla av otillräcklighet över att inte kunna förmedla en kuratorskontakt men uttrycker dock att hon har gott stöd från sina kollegor och inte tvekar att ta hjälp av dem i situationer som upplevs extra påfrestande.

Frustration

Det framkom flertalet gånger under intervjuerna att informanterna upplever frustration. De berättade att de känner sig ledsna och frustrerade när de möter kvinnor som upprepade gånger har råkat ut för våldtäkt. De förklarade att de i de situationerna inte kan undgå att få egna reaktioner och tycka och tänka saker, men att de undviker att visa det för kvinnan.

Det är ju ganska ofta man känner att lilla vän det här hade du ju, det hade inte behövt hända så enkelt men jag menar det är också de här tjejerna som ska skyddas som inte förstår det.

Trots att en informant upplever att kvinnorna i vissa fall kan vara naiva så värnar hon ändå om dem. Informanterna beskrev att de ibland känner en frustration då händelsen egentligen inte hade behövt inträffa om kvinnan hade varit mer rädd om sig. De upplever också att våldtäkterna har ökat och tycker att det är tragiskt att så många kvinnor i vårt samhälle råkar ut för detta.

Många har vi ju här många gånger för samma sak och då kan det bli lite sådär att varför utsätter de sig för detta då kan man få lite uppgiven känsla tycker jag. Som att vi räcker ju liksom inte till riktigt.

Brist på utbildning

Det framgick under intervjuernas gång att det finns en önskan om att få mer utbildning och fler kurser i omhändertagandet av kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt. Informanterna anser att personalen som tar hand om kvinnorna i efterförloppet får mer vidareutbildning som

kan vara till nytta i mötet med den utsatta kvinnan. Informanterna känner för sin egen del att de hade kunnat åstadkomma ett bättre omhändertagande om de hade fått ta del av den vidareutbildning som finns att tillgå.

Det kan jag nog känna lite grann att de där inne som tar patienten i efterförloppet får mer kött på benen i form av kurser och föredrag och information på olika sätt. Vi får ju inte mycket utav det.

Svårighet att förmedla information

En informant förklarade att hon upplever att det svåraste i mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt är att veta om hon tar till sig det som informanten försöker att förmedla. Hon uttrycker dock att:

Det får man väl räkna med egentligen att de inte hör så mycket av det man sitter och säger.

Hon beskrev vidare att det kan vara svårt att veta om informationen läggs på rätt nivå. Men som informanten uttryckte det så är kvinnan inte alltid mottaglig för så mycket information. I de fallen anser informanten att det viktigaste är att ta reda på de mest nödvändiga uppgifterna och att förmedla den information som kvinnan behöver veta just i det skedet.

Moderskänslor

En informant beskrev att mötet med vissa utsatta kvinnor framkallar moderskänslor hos henne. Hon relaterar detta till att hon själv är mamma till en tonårstjej som skulle kunna vara ett offer liksom de kvinnor hon möter på arbetet.

Man vill gärna bli den här lilla mamman som håller om dem.

Diskussion

Metoddiskussion

Intervju valdes som kvalitativ metod eftersom barnmorskans beskrivning av sin tillvaro avsågs att studeras. Fördelen med en icke-standardiserad kvalitativ intervju var att det gav författarna möjlighet att anpassa sina frågor under intervjuens gång för att få svar på studiens syfte. Informanterna distanserade sig lätt under intervjuens gång, vilket medförde att

författarna ibland ställde frågor som inte svarade på studiens syfte. En anledning till att informanterna distanserade sig skulle kunna vara att de ställda frågorna var svårtolkade och att informanterna därmed gav bristfälliga svar. Informanterna kom ofta in på en beskrivning av kvinnornas upplevelser samt sina strategier istället för att uttrycka sina egna känslor. Detta bidrog till att resultatet redovisades i omvänd ordning mot frågornas följd i frågeguiden. En annan orsak till att informanterna distanserade sig skulle också kunna vara att författarna saknar rutin i intervjueteknik. Det ansågs vara en fördel att bägge författarna medverkade under intervjuerna för att på så sätt lättare kunna tolka materialet i efterhand. En annan fördel med att båda författarna närvarade under intervjuerna var att det bidrog till att gemensamt kunna vidareutveckla frågor under intervjuens gång. En nackdel med att vara två intervjuare var att informanten hade svårt att veta vem hon skulle rikta svaret mot.

Ett etiskt dilemma som framkom var att informanten kunde känna sig i underläge och uppfatta intervjun som ett förhör. Detta kunde i sin tur ha lett till att informanten inte gav ärliga svar, utan svarade så som hon trodde att hon förväntades svara. Trots att informanten när som helst kunde avbryta intervjun så tror författarna att hon ändå kunde känna sig tvungen att svara på alla intervjufrågor, eftersom frågorna riktades enbart till henne.

Båda författarna har under en kortare tid arbetat som sommarvikarier på gynekologiska akutmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhus, vilket medförde att de kände informanterna. Detta faktum kan vara en positiv aspekt då informanterna kunde känna sig avslappnade och ärliga i sin kommunikation. En negativ aspekt av detta kan dock vara att informanterna inte tog författarna helt på allvar. Det skall också påpekas att det faktum att författarna har egen insyn i verksamheten kan ha påverkat tolkningen av informanternas svar.

En fördel med att intervjun valdes att genomföras på informanternas arbetsplats under arbetstid var att informanterna redan var på plats samt att de inte behövde avsätta sin fritid för ändamålet. En annan orsak var att författarna ville att informanterna skulle känna sig bekväma och avslappnade genom att vistas i en välkänd miljö. Dessutom bidrog detta förhoppningsvis till en lättare verklighetsförankring. En negativ aspekt med att vistas på informanternas arbetsplats var att de hade svårt att gå ifrån arbetet och att det upplevdes stressigt runt omkring. Intervjun blev dessutom avbruten upprepade gånger då annan personal kom in på rummet. Detta kan ha bidragit till att informanterna kom av sig i sin tankegång eller i sitt uttalande under intervjun.

Författarna upplevde att det var energi- och tidskrävande att genomföra en kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalysen medförde dock att resultatet lättare kunde framställas på ett överskådligt sätt.

Författarnas uppfattning och tolkning av intervjumaterialet är det som styr resultatet. Vid tolkning av kvalitativt material måste alltid hänsyn tas till att viktigt material kan gå förlorat under analysprocessens gång. För att undvika detta transkriberades hela materialet och lästes sedan upprepade gånger både innan och efter resultatets framställning.

Validitet innebär att man mäter det man ursprungligen avser att mäta (32). Författarna har under resultatets framväxt hela tiden gått tillbaka till syftet med pilotstudien för att försäkra sig om att resultatet speglar det avsedda ändamålet. Enligt Graneheim och Lundman handlar trovärdigheten av resultatet bland annat om hur forskarens förförståelse och erfarenhet har påverkat analysen (35). För att bibehålla trovärdigheten fick handledaren till denna pilotstudie läsa igenom de transkriberade intervjuerna samt resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen, för att ge sin syn på författarnas tolkning. Handledaren fick granska om kategorier och underkategorier överensstämde med intervjuernas innehåll samt om resultatet var trovärdigt. Författarna anser sig ha genomfört en noggrann beskrivning av urval och analysarbete samt använder sig av citat i resultatet för att stärka dess trovärdighet. För att få ett tillförlitligt resultat läste författarna var för sig de transkriberade intervjuerna och skapade på så sätt sin egen uppfattning om innehållet.

Trovärdighet handlar också om hur användbart eller överförbart resultatet är. Genom att ge en noggrann beskrivning av urval, datainsamling och analys underlättas bedömningen av överförbarhet (35). Författarna anser sig ha gjort detta i beskrivningen av pilotstudiens genomförande. Författarna är också medvetna om sin egen påverkan genom sin insyn i verksamheten samt genom sin bekantskap med informanterna.

I föreliggande studie stannar den kvalitativa innehållsanalysen vid underkategorier. Men i den planerade större studien kommer fler barnmorskor att delta, vilket kan medföra att fler underkategorier kan skapas som vidare sammanslås till kategorier. I den större studien kan även ett tema med latent innehåll framkomma.

Resultatdiskussion

Författarna kunde inte påverka valet av informanter eftersom de valdes ut på frivillig basis. Detta medförde att de informanter som valde att delta i studien var ungefär lika gamla och hade arbetat ungefär lika länge. Det hade varit intressant att undersöka om upplevelsen av mötet med våldtagna kvinnor hade skilts åt mer om barnmorskorna hade haft olika lång yrkeserfarenhet och/eller hade tillhört olika generationer. Men å andra sidan var inte syftet med denna pilotstudie att göra en jämförande studie.

En viktig aspekt att ha i åtanke vid tolkning av resultatet är att uppsatsförfattarna inte vet vad informanterna har med sig i sitt ”bagage” i form av händelser, erfarenheter och åsikter. Informanternas individuella bakgrund medför därmed att upplevelsen av mötet med våldtagna kvinnor skiljer sig åt.

Resultatet visade att det är viktigt att barnmorskan är medveten om att varje utsatt kvinna bearbetar sin situation olika och därmed kräver olika former av stöd. Författarna anser därför att barnmorskan måste kunna anpassa sitt omhändertagande i mötet med den våldtagna kvinnan samtidigt som hon bör ha förmågan att se till ett helhetsperspektiv och respektera kvinnans behov. Detta överensstämmer med Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska, där det framkommer att barnmorskan skall ta hänsyn till kvinnans önskemål (4). I de fall där kvinnan inte vill anmäla våldtäkten anser författarna att det är viktigt att barnmorskan respekterar detta men ändå ger tillräcklig information för att kvinnan skall få möjlighet att fatta rätt beslut. Leino-Kilpi et al (2005) kom fram till att patienten upplevde bättre livskvalitet ju mer information patienten fick i mötet med sjukvårdspersonalen (9).

Siddiqui (1999) menade att barnmorskan skall involvera kvinnan i beslutstagandet, vilket hon kan göra genom att ge information (10). Men som framgick av resultatet i denna studie kan informanterna dock uppleva det svårt att veta om informationen läggs på rätt nivå, rätt anpassad för den enskilda kvinnan, och om hon är i stånd att ta till sig den information som ges och därmed bli delaktig i beslutstagandet. Resultatet tolkas som att barnmorskan försöker anpassa sitt bemötande efter kvinnans behov och önskemål, samtidigt som barnmorskan måste ge den nödvändiga information som krävs trots att kvinnan inte alltid är mottaglig. Författarna anser det vara av stor vikt att barnmorskan upprepar given information samt ger skriftlig information till kvinnan, vilket överensstämmer med kvinnornas önskemål som framkom i studien av Ericksen et al (2002). Resultatet av föreliggande studie tolkas vidare

som att kvinnan lättare kan ta till sig informationen om hon får förtroende för barnmorskan, vilket kan bidra till att skapa ett bra första möte mellan barnmorskan och kvinnan.

Liknande resultat kan utläsas i en studie av Ullman (1996) som rapporterade att barnmorskans omhändertagande av den utsatta kvinnan under hennes första möte med sjukvården var viktig för att den fortsatta bearbetningen skulle bli optimal. Detta kunde uppnås genom att kvinnan kände sig trodd och väl bemött av barnmorskan (20). Denna aspekt framkom också i studien av Ericksen et al (2002) där kvinnor som hade blivit utsatta för våldtäkt ansåg att det var viktigt att bli trodda för att känna förtroende och tillit till personalen (24). Informanterna i föreliggande studie förklarade vikten av att inte låta tankar och känslor lysa igenom i mötet med den utsatta kvinnan. Detta kan tolkas som att informanterna försöker utgå från att kvinnan talar sanning för att lättare kunna fungera professionellt i sitt omhändertagande och därmed få kvinnan att uppnå empowerment. Förmodligen kan det vara svårt att uppmuntra till empowerment om barnmorskan inte tror på kvinnans berättelse.

I resultatet framkom att barnmorskorna ständigt möter situationer som framkallar frustration och i vissa fall ger en känsla av tvivel. Informanterna förklarade dock att de försöker vara medvetna om sina egna känslor och att inte låta dessa styra i omhändertagandet av de kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt. Detta överensstämmer med Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska där det framgår att barnmorskan skall respektera kvinnan och hennes värderingar. Resultatet kan tydas som att informanterna försöker vara väldigt medvetna om sitt kroppsspråk eftersom det kan tolkas på många olika sätt av kvinnan. Friberg (2001) beskrev detta på ett liknande sätt i sin avhandling. I denna framkom att sjuksköterskan noterar patientens kroppsspråk för att få en uppfattning om patienten har tagit till sig den givna informationen. På samma sätt framkom det att patienten granskar och noterar sjuksköterskans kroppsspråk (5). Detta tolkas som att det är viktigt att barnmorskan är medveten om sitt kroppsspråk eftersom hon genom detta kan förmedla tillit, vilket i sin tur kan medverka till att kvinnan lättare tar till sig information. Författarna tror vidare att barnmorskans förmedling av tillit kan bidra till ökad självkänsla och därmed empowerment.

I resultatet framkom det att det inte finns någon skriftlig mall för hur en barnmorska skall bemöta en kvinna som har blivit utsatt för våldtäkt men att mötet underlättas av att barnmorskan har yrkes- och livserfarenhet och förmåga att anpassa sitt bemötande utifrån vilken kvinna hon har framför sig. Eftersom det framkom i intervjuerna att informanternas

omhändertagande till största del utgår från erfarenhet och känsla och inte riktlinjer, så anser författarna att det krävs mer utbildning för blivande och nuvarande barnmorskor som i alla situationer i sitt yrkesutövande kan komma att möta dessa kvinnor. I studien av Plichta et al (2006) framkom att majoriteten av akutmottagningarna inte prioriterade utbildning i omhändertagande av kvinnor som hade blivit utsatta för våldtäkt. Detta trots att 80 procent av personalen tyckte att det var viktigt med utbildning (18). Informanterna i föreliggande studie uttryckte också en önskan om att få vidareutbildning inom detta område för att känna sig säkrare och kunna åstadkomma ett bättre bemötande.

Författarna tror liksom informanterna att det är mycket viktigt att barnmorskan inte låter sina känslor få övertag i omhändertagandet av kvinnan. Författarna anser att det är av stor vikt att barnmorskan bevarar sitt lugn i mötet med kvinnan, trots att barnmorskan i vissa situationer kan vara stressad. Genom att ge ett lugnt och avstressat intryck kan kvinnan bli lugnare och känna sig tryggare i kontakten med barnmorskan, som då känner att hon har skapat en bra och trygg atmosfär i mötet med kvinnan. En informant uppgav att hon försöker att förhålla sig neutral och nollställd i sitt bemötande med kvinnan. Detta kan tolkas som att hon trots detta inte vill upplevas som känsloladdad utan är noga med att uttrycka empati för kvinnan så att en förtroendesituation mellan barnmorskan och kvinnan kan uppstå. På så vis kan samspelet dem emellan förbättras. Det kan ifrågasättas om det är möjligt att vara nollställd i mötet med en kvinna som har blivit utsatt för våldtäkt, då ett sådant möte av egen erfarenhet kan vara väldigt känsloladdat. Förklaringen till detta skulle kunna bero på att informanten använder sig av en försvarsmekanism för att inte bli för känslomässigt engagerad i mötet med kvinnan.

Trots att informanterna uttryckte att de avskärmar sig i mötet med den våldtagna kvinnan så beskrev de ändå betydelsen av att få pyssla om kvinnan. De förklarade dock att de har för snålt med resurser för att i större utsträckning kunna erbjuda det lilla extra, som till exempel en smörgås och något att dricka. De beskrev också en önskan om att det skall finnas en kuratorskontakt att tillgå i det första mötet med kvinnan. Plichta et al (2006) kom fram till ett liknande resultat där det visade sig att en fjärdedel av akutmottagningarna som studerades saknade tillgång till kurator och inte kunde erbjuda "comfort care" (18). I studien av Ericksen et al (2002) som intervjuade kvinnor som hade blivit utsatta för våldtäkt uttrycktes också vikten av att få de basala behoven tillfredsställda (24).

En av informanterna i föreliggande studie upplevde dock att tiden inte räcker till för att ge det optimala omhändertagandet, såsom bland annat ompysslande av kvinnorna, som hon hade önskat. I Kiessling och Kjellgrens studie (2004) framkom det att patienten upplevde hinder för samtal och känsla av delaktighet om personalen inte hade tid för dem (13).

En överraskande upplevelse som framkom under intervjuerna var att informanterna i grund och botten tyckte att mötet med en våldtagen kvinna upplevs som ganska lätt. Författarna tror att en anledning till detta kan vara att informanterna har lång yrkes- och livserfarenhet.

Då endast två barnmorskor deltog i studien kan inte resultatet generaliseras att gälla alla barnmorskor, då detta endast är en pilotstudie. Ytterligare forskning krävs inom ämnet och den större studien bör utföras på ett större antal barnmorskor med variation av ålder och erfarenhet.

Konklusion

Studiens resultat visar att informanterna bland annat upplever otillräcklighet, brist på utbildning samt frustration i mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt. Detta visar att det finns ett behov av mer forskning om barnmorskans erfarenheter och upplevelser av mötet med kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt, detta för att barnmorskor skall få större kunskap och mer utbildning i sitt arbete och även som studenter i Barnmorskeprogrammet. På så sätt skulle barnmorskan kunna känna sig säkrare och mer tillfredsställd i sitt bemötande av dessa kvinnor.

Referenser

1. Nationalencyklopedin, tjugonde bandet. Bokförlaget Bra Böcker AB, Höganäs; 1996.
2. Rättsnätet. (online). Tillgänglig 080814.
<http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19620700.htm>
3. Brottsförebyggande rådet. (online). Tillgänglig 080814.
http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&id=8&module_instance=2
4. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Socialstyrelsen; 2006. (online). Tillgänglig 080814 <http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/6CDF873E-48D6-4D82-A344-694D47B7DCAF/6410/20061051.pdf>
5. Friberg F. Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning [dissertation]. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis; 2001.
6. Major G, Holmes J. How do nurses describe health care procedures? Analysing nurse-patient interaction in a hospital ward. Australian Journal of Advanced Nursing 2008;25(4):58-70.
7. Forsberg E, Starrin B. Frigörande kraft – empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv. Stockholm: Gothia AB; 1997.
8. Molde B (red). Illustrerad svensk ordbok. 3 uppl. Stockholm: Natur och kultur; 1982.
9. Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen A, Virtanen H. Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. Nurse Care Quality 2005;20:307-16.
10. Siddiqui J. The therapeutic relationship in midwifery. British journal of midwifery 1999;7(2):111-4.

11. Morton A, Kohl M, O'Mahorey P, Pelosi K. Certified nurse-midwifery care of the postpartum client. *Journal of Nurse-Midwifery* 1991;36(5):276-88.
12. Strand K. Det er viljen det gjelder. Viljen frigjør eller feller. *Vård i Norden* 1998;18(3):41-5.
13. Kiessling T, Kjellgren K. Patienters opplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden* 2004;24(4):31-5.
14. Thompson J E, Oakley D, Burke M, Jay S, Conklin M. Theory building in nurse-midwifery. *Journal of nurse-midwifery* 1989;34(3):120-30.
15. Dunmore E, Clark D-M, Ehlers A. Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy* 1999;37(9):809-29.
16. Lewis C-M, DiNitto D, Nelson T-S, Just M-M, Campbell-Ruggaard J. Evaluation of rape protocol: A five year follow-up with nurse managers. *Journal of the American academy of nurse practitioners* 2003;15(1):34-9.
17. Handbok- nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrep. Uppsala universitet; 2008.
18. Plichta S-B, Vandecar-Burdin T, Odor R-K, Reams S, Yan Z. The emergency department and victims of sexual violence: an assessment of preparedness to help. *Journal of health and human services administration* 2006;29(3):285-308.
19. Straight J-D, Heaton P-C. Emergency department care for victims of sexual offence. *American journal of health-system pharmacy* 2007;64(17):1845-50.
20. Ullman S-E. Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly* 1996;20(4):505-26.

21. Sugar N-F, Fine D-N, Eckert L-O. Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004;190(1):71-6.
22. Koss M-P, Heslet L. Somatic consequences of violence against women. *Archives of Internal Medicine* 1992;151:53-9.
23. Weaver T-L, Allen J-A, Hopper E, Maglione M-L, McLaughlin D, McCullough M-A, Jackson M-K, Brewer T. Mediators of suicidal ideation within a sheltered sample of raped and battered women. *Health Care for Women International* 2007;28(5):478-89.
24. Ericksen J, Dudley C, McIntosh G, Ritch L, Shumay S, Simpson M. Clients` experiences with a specialized sexual assault service. *Journal of Emergency Nursing* 2002;28(1):86-90.
25. Campbell R, Townsend S-M, Long SM, Kinnison K-E, Pulley E-M, Adames S-B, Wasco S-M. Responding to sexual assault victims` medical and emotional needs: A national study of the services provided by SANE programs. *Research in Nursing & Health* 2006;29(5):384-98.
26. Svensson P-G, Starrin B. *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 1996.
27. Starin B, Svensson P-G. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur; 1994.
28. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing research- methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
29. Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder- att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
30. Bryman A. *Research Methods and Organization Studies*. London: Unwin-Hyman; 1989.
31. Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative Research*. 2 uppl. Thousand Oaks, Calif: Sage, cop. 2005

32. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 1997.
33. Trost J. Kvalitativa intervjuer. Lund: Studentlitteratur; 2005.
34. Graneheim U-H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004;24(2):105-12.
35. Graneheim U-H, Lundman B. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. (s. 159-172) Lund: Studentlitteratur; 2008.
36. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. (online). Tillgänglig 081124.
<http://www.vardinorden.org/ssn/etikk.pdf>
37. Forsman B. Forskningsetik – en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 1997.
38. Helsingforsdeklarationen. (online). Tillgänglig 081124.
<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

Bilagor

Bilaga 1 – Forskningspersoninformation

Bakgrund till studien

Sexuella övergrepp är ett ökande problem i Sverige. Inom vilket område barnmorskan än arbetar är risken stor att komma i kontakt med kvinnor som utsatts för våldtäkt. Flertalet studier undersöker offrets upplevelser av mötet med sjukvården medan få studier inriktar sig på barnmorskans erfarenheter av mötet med våldtäktsoffer. Studien syftar till att få fördjupad kunskap om hur barnmorskor upplever mötet med en kvinna som utsatts för våldtäkt. Du tillfrågas härmed att delta i studien.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av en intervju och kommer att ske på Din arbetsplats, under arbetstid, i ett avskilt rum. Vi kommer att be Dig berätta om Dina upplevelser av att möta kvinnor som utsatts för våldtäkt. Intervjun kommer att bandas och senare skrivas ut därefter kommer texten att analyseras.

Sekretess

Dina svar som framkommer under intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och inga obehöriga kommer att kunna ta del av uppgifterna. Resultatet kommer att framställas i form av text med vissa utvalda citat.

Information om studiens resultat

Resultatet kommer att redovisas i form av en uppsats vid Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa. Du kan ta del av resultatet genom kontakt med nedan angivna personer.

Frivillighet

Deltagande är frivilligt och Du kan avbryta deltagandet när som helst utan att ange skäl.

Informerat samtycke till att delta i studien om hur barnmorskor upplever mötet med en våldtagen kvinna

Jag har muntligen och skriftligen informerats om studien och har tagit del av ovanstående skriftliga information. Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är fullt frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Bilaga 2 – Intervjuguide

1. Beskriv hur Du upplever mötet med en kvinna som har blivit utsatt för våldtäkt?
2. Beskriv vilka känslor som uppkommer under mötet med kvinnan?
3. Hur hanterar Du de känslor som uppkommer hos Dig i samband med mötet med en våldtagen kvinna?

Bilaga 3 – Innehållsanalys

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Domän
Jag anser inte att min roll just vid det mötet är så väldigt avancerad	Bm's roll är inte så avancerad vid mötet	Oavancerat	Trygghet	Känslor
Jag går på känn och känner av kvinnan, hur mycket hon vill prata	Bm går på känn, känner av kvinnan	Känner av	Bemöta individuellt	Strategier
Känner av hur mycket stöd och vad hon behöver just i den här situationen	Bm känner av behovet av stöd	Känner av behov	Bemöta individuellt	Strategier
Jag tror inte att det är de här många orden. Jag tror inte att det är det de behöver utan de vill veta lite grann vad som skall hända och känna att de får ett bra bemötande	Bm tror inte att man behöver säga så mycket. Mer förklara vad som skall hända och ge ett bra bemötande	Inte säga så mycket	Informera	Strategier
Det är att ta knapphändiga uppgifter och förbereda henne lite inför läkarbesöket	Bm tar knapphändiga uppgifter och förbereder kvinna inför läkarbesöket	Förbereda	Informera	Strategier
Man vill ju ändå försöka att under det första mötet säga så bra saker som möjligt och få henne lugn om det känns som att hon behöver lugnas ner	Bm vill under det första mötet säga bra saker för att lugna patienten	Säga bra saker	Skapa ett bra möte	Strategier

Jag är nog ganska nollställd tror jag, jag försöker att ta uppgifter och försöker att koppla av lite	Bm är ganska nollställd, försöker ta uppgifter och koppla av	Försöker vara nollställd	Vara medveten	Strategier
Jag försöker att plocka bort känslorna med en gång och tänka att hon har gjort sitt bästa och det här händer och hon har inte kunnat göra bättre, hon har säkert försökt att tänka rätt	Bm försöker plocka bort känslorna och inte döma	Inte döma	Vara medveten	Strategier
Man kanske inte har rum tillräckligt för att gå undan så att de kan sitta ner och lugna sig	Bm tycker inte det finns tillräckligt med rum	Bm saknar lokaler	Otillräcklighet	Känslor
Tyvärr har det blivit så någon gång att någon har suttit i väntrummet som inte skulle suttit där egentligen och det är ju inte bra.	Det har hänt att någon utsatt kvinna har suttit i väntrummet som inte borde ha suttit där	Brist på lokaler	Otillräcklighet	Känslor
Man har så många andra patienter som man ska ta hand om samtidigt och de kommer ju aldrig när det är lagom mycket annat utan det är ju mitt i all annan röra.	Många andra patienter, aldrig rätt tidpunkt	Många andra patienter	Otillräcklighet	Känslor
Det känns inte så tillfredsställande att de kommer till akuten. Det känns många gånger som vi har för mycket andra akutpatienter	Bm känner det otillfredsställande att dessa kvinnor kommer till akuten	Otillfredsställelse	Otillräcklighet	Känslor